



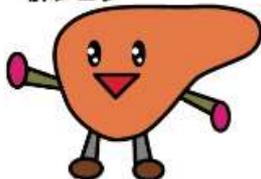
神奈川県

ウイルス感染による肝がん死亡者をひとりでも少なくするために

神奈川県肝臓専門医療機関で行う事務手続きの手引き

肝臓専門医療機関の指定要件や変更等の手続き、肝炎治療医療費助成制度や検査費助成制度など、肝臓専門医療機関で行う手続きを記載しています。

肝タロウ



神奈川県

令和7年4月改定

目次

I	肝臓専門医療機関について	3
1	肝臓専門医療機関の指定要件について	4
2	申請内容に変更があった場合	4
3	指定要件を喪失した場合	4
4	指定要件の確認について	4
II	肝炎治療医療費助成について	13
1	肝炎治療医療費助成の概要について	13
	(1) 助成対象となる方	13
	(2) 助成対象となる医療	13
	(3) 助成対象とならないもの	13
	(4) 申請場所	14
	(5) 肝炎医療費助成申請に必要な書類	15
	(6) 肝炎治療医療給付にかかる申請書の受付先一覧	17
	(7) 受給者証について	18
2	自己負担限度額について	19
	(1) 助成の内容について	19
	(2) 肝炎治療自己負担限度月額管理票	20
3	払戻しの手続	22
4	受給者証の記載内容が変わったときは	24
5	認定基準	25
6	受給者証（インターフェロン治療）の延長について	27
	(1) ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の投与期間延長	27
	(2) 副作用等による治療中断に伴う期間延長	27
7	受給者証（核酸アナログ製剤治療）の更新について	28
8	インターフェロンフリー治療の再治療の取り扱いについて	29
9	よくある質問	31
10	肝炎治療医療費助成の有効期間延長申請書および診断書様式	33
III	ウイルス性肝炎患者等の検査費助成について	49
1	目的	49
2	検査実施機関（肝臓専門医療機関）にて行っていただくこと	49
	(1) 検査費助成に係る周知について	49
	(2) 助成対象者の確認	49
	(3) 検査の実施	49
	(4) 検査費の請求	49

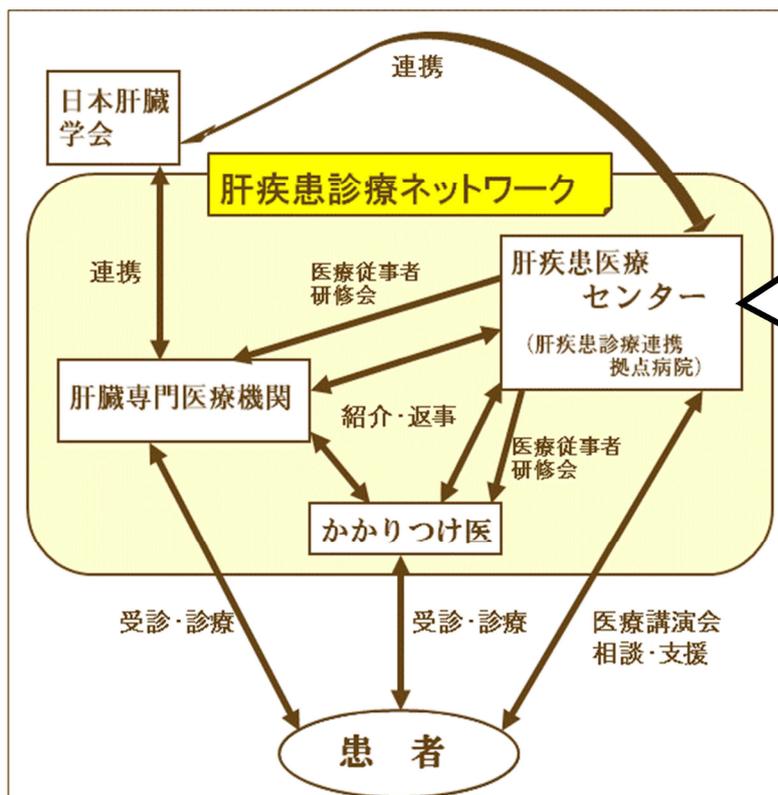
3	助成内容	50
	(1) 肝炎ウイルス検査陽性者の初回精密検査費用の助成	50
	(2) 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変、肝がん患者の定期検査費用の助成	52
4	よくある質問	55

I 肝臓専門医療機関について

平成20年4月からB型及びC型ウイルス性肝炎にかかる肝炎インターフェロン治療費の助成を実施しておりますが、要診療者の正確な病態の把握や治療方針の決定には、肝臓専門医療機関の関与が不可欠です。

そこで本県では、都道府県における肝炎検査後肝疾患診療体制に関するガイドラインにしたがって、肝臓専門医療機関を指定しております。

診療連携ネットワーク体系図



肝疾患患者さんやご家族の方の医療相談等を行う肝疾患医療センターを設置しています。

医療機関からの質問もお受けしていますので、ご活用ください。

① 横浜市立大学附属
市民総合医療センター
(肝疾患医療センター)
TEL.045-261-5656 (代)

② 横浜市立大学附属病院
(肝疾患相談室)
TEL.045-787-2800 (代)

③ 聖マリアンナ医科大学病院
(肝疾患医療センター)
TEL.044-977-8111 (代)

④ 北里大学病院
(トータルサポートセンター)
TEL.042-778-8111 (代)

⑤ 東海大学医学部付属病院
(患者支援センター総合相談室)
TEL.0463-93-1121 (代)

肝臓専門医療機関

- ① 専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定
- ② インターフェロンなどの抗ウイルス療法
- ③ 肝がんの高危険群である肝炎ウイルス感染者の早期発見と早期診断

肝疾患医療センター (肝疾患診療連携拠点病院)

- ① 肝疾患診療に係る一般的な医療情報の提供
- ② 県内の専門医療機関等に関する情報の収集や紹介
- ③ 医療従事者や地域住民を対象とした研修会や講演会の開催や肝疾患に関する相談支援
- ④ 肝疾患に関する専門医療機関と協議の場の設定

肝炎治療医療費助成制度や定期検査費用助成制度の申請においては、肝臓専門医療機関の診断書が必要となります。

なお、治療の実施及び助成については、肝臓専門医療機関以外でも受けることが可能です。

1 肝臓専門医療機関の指定要件について

肝臓専門医療機関の指定には、以下の(1)から(3)を全て満たしていることが必要です。なお、(4)から(6)の要件は、肝臓専門医療機関としては満たしていることが望ましい要件となります。

- (1) 日本肝臓学会または日本消化器病学会に属する肝臓の専門医、もしくはそれと同等の学識、技術を習得した医師による診断（活動期及び病気を含む）と治療方針の決定が可能である。
- (2) 肝炎患者の状態に応じて、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療の抗ウイルス療法を適切に選択及び実施し、治療後もフォローアップできる。
- (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる。
- (4) 診療体制ガイドラインの考え方を踏まえ、かかりつけ医、専門医療機関及び拠点病院の適切な診療連携と支援に取り組んでいる。
- (5) 学会等の肝炎治療ガイドラインに準ずる標準的治療を行っている。
- (6) 肝疾患についてセカンドオピニオンを提示する機能をもっているまたは施設間連携により対応ができる体制を有している。

2 申請内容に変更があった場合

申請内容と異なる事情が生じた場合は、速やかに肝臓専門医療機関変更届をがん・疾病対策課に提出してください。

3 指定要件を喪失した場合

肝臓専門医療機関としての指定要件を喪失した場合は、肝臓専門医療機関辞退届をがん・疾病対策課に提出してください。

4 指定要件の確認について

本県では、神奈川県肝疾患診療ネットワーク実施要領の規定に基づき、本県指定の全肝臓専門医療機関に対し、2年に1回、当該年度の10月1日現在の指定要件について照会を行います。照会の際は、必ず回答をお願いします。

※ 照会への回答がされない場合、最終的に、神奈川県肝疾患ネットワーク事業実施要綱の規定に基づき、肝臓専門医療機関の指定を取り消す場合がありますので、ご注意ください。

様式は、ホームページ「[神奈川県の肝炎に対する取組](#)」にあります。



神奈川県 肝炎

検索

(第6号様式)

肝臓専門医療機関変更届

年 月 日

神奈川県知事 様

開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の職氏名）

住 所
名 称
（職）氏名
電 話

肝臓専門医療機関の情報に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

1 変更年月日 年 月 日

2 指定を受けている医療機関名 _____

3 変更内容

※ 変更のあった項目についてのみ変更前及び変更後の内容を記載してください。

項 目	変 更 内 容	
	変更後	変更前
医療機関名		
医療機関の 所在地		
医療機関の 連絡先電話番号		

4 変更理由

（この変更届の内容に関する問合せ先）

担当部署（課）名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

(第7号様式)

肝臓専門医療機関辞退届

年 月 日

神奈川県知事 様

開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の職氏名）

住 所
名 称
（職）氏名
電 話

肝臓専門医療機関を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

1 辞退する医療機関の名称・所在地

2 辞退理由

3 辞退年月日

年 月 日

神奈川県肝疾患診療ネットワーク事業実施要綱

(目的)

第1条 わが国のB型、C型肝炎患者及び持続感染者は、あわせて200万人以上いると推定されており、長期間の経過の後に肝硬変や肝がんを引き起こす危険が指摘されている。

そこで、「肝疾患に関する診療体制及び肝疾患患者に対する支援体制の整備について(通知)」(平成29年3月31日健発0331第8号厚生労働省健康局長通知)を踏まえ、肝疾患診療連携拠点病院(以下、「肝疾患医療センター」という。)を拠点として、ほかの肝臓専門医療機関等関係機関が連携し、地域の医療機関における肝炎患者に対して良質かつ適切な医療を提供できるよう肝疾患診療体制(以下、「肝疾患診療ネットワーク」という。)の整備及び推進を図る。

(各機関等の役割)

第2条 前条の目的を達成するため、各機関は次の役割を担うものとする。

- (1) 県は、この事業の実施主体として、神奈川県肝炎対策協議会を開催し、関係機関と協議・調整を図るものとする。
- (2) 市町村は、健康教室、健康相談等を活用して肝疾患に関する知識の普及を図るとともに、肝炎ウイルス検診における陽性者に対し肝臓専門医療機関等への受診勧奨及びフォローアップを推進するものとする。
- (3) 保健所は、住民からの健康相談を通じて正確な肝炎に関する知識の普及に努めるとともに、肝炎ウイルス検査における陽性者に対し、肝臓専門医療機関等への受診勧奨およびフォローアップを推進するものとする。
- (4) かかりつけ医は、ウイルス性肝炎の感染者、もしくは急性又は慢性の肝機能異常者について、適切な肝臓専門医療機関等を紹介すること等により確実に治療につなげるものとする。
- (5) 肝臓専門医療機関は、ウイルス性肝炎の感染者、もしくは急性又は慢性の肝機能異常者について、かかりつけ医と連携し、専門的な治療等を提供する医療機関として、次に掲げる機能を果たすものとする。
 - ア 専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定。
 - イ 肝炎患者の状態に応じた抗ウイルス療法を適切に選択及び実施し、治療後もフォローアップできること。
 - ウ 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施。
- (6) 肝疾患医療センターは、本県における肝疾患診療ネットワークの中心的な役割を果たし、県、肝炎情報センター、医師会等と協力した上で肝炎対策を担うものとして、専門医療機関やかかりつけ医との連携などを行うとともに、肝疾患相談支援センターを設置して肝炎患者等への支援を行う医療機関として、次に掲げる機能を果たすものとする。
 - ア 肝疾患に関する医療情報の提供。
 - イ 県内の肝臓専門医療機関等に関する情報の収集や提供。
 - ウ 医療従事者・県民等を対象とした研修会・講演会の開催や相談支援。
 - エ 県内の肝臓専門医療機関等と協議の場の設定。
 - オ 肝がんに対する集学的治療が実施可能な体制の整備。
 - カ 第5号のアからウに規定する機能。

(肝臓専門医療機関の指定)

第3条 県は、医療機関の申請に基づき、次に掲げる第1号から第3号までの要件を全て満たす場合、別に定めるところにより、肝臓専門医療機関として指定する。なお、肝臓専門医療機関は、第4号から第6号の要件も満たしていることが望ましい。

- (1) 日本肝臓学会または日本消化器病学会に属する肝臓の専門医、もしくはそれと同等の学識、技術を習得した医師による診断（活動期及び病気を含む）と治療方針の決定が可能である。
- (2) 肝炎患者の状態に応じて、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療の抗ウイルス療法を適切に選択及び実施し、治療後もフォローアップできる。
- (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる。
- (4) 診療体制ガイドラインの考え方を踏まえ、かかりつけ医、専門医療機関及び拠点病院の適切な診療連携と支援に取り組んでいる。
- (5) 学会等の肝炎治療ガイドラインに準ずる標準的治療を行っている。
- (6) 肝疾患についてセカンドオピニオンを提示する機能を持っているまたは施設間連携により対応ができる体制を有している。

（肝疾患医療センターの指定）

第4条 県は、医療機関の申請に基づき、次に掲げる要件を全て満たす場合、別に定めるところにより、神奈川県肝炎対策協議会及び厚生労働省に協議した上で指定する。

- (1) 日本肝臓学会肝臓専門医制度規則に基づき、一般社団法人日本肝臓学会理事長から認定施設証の交付を受けていること。
- (2) 日本肝臓学会肝臓専門医制度規則に基づき、一般社団法人日本肝臓学会理事長から委嘱を受けた常勤の指導医が在職すること。
- (3) 日本肝臓学会肝臓専門医制度規則に基づき、一般社団法人日本肝臓学会理事長から専門医証の交付を受けた常勤の肝臓専門医が5名以上在職すること。
- (4) 肝がんの集学的治療が実施可能なこと。
- (5) 前条第1号から第6号の要件を満たすこと。

（その他）

第5条 県は、肝疾患医療センター及び肝臓専門医療機関の医療機関名、住所、電話番号、指定要件の充足状況、実施可能な検査・治療内容、その他ネットワーク運営にあたって必要と認める内容を台帳に登載するとともに、医療機関の了解を得た上で、インターネット等により公表する。

2 県は、肝疾患医療センター及び肝臓専門医療機関が次に該当する場合、その指定を取り消すことができる。

- (1) 医療機関から指定の辞退の届出があった場合。
- (2) 指定要件確認の調査に対して適切に報告がなされない場合。
- (3) その他、神奈川県肝炎対策協議会が、当該医療機関としてふさわしくないと判断する場合。

3 本要綱に定めるもののほか、肝疾患診療ネットワークの整備に必要な事項は、神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課長が別に定める。

附 則

本要綱は、平成30年2月7日より適用する。

附 則

本要綱は、平成30年4月1日より適用する。

附 則

本要綱は、令和元年11月26日より適用する。

神奈川県肝疾患診療ネットワーク実施要領

(目的)

第1条 本要領は、神奈川県肝疾患診療ネットワーク事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）に定めるもののほか、肝疾患診療連携拠点病院（以下「肝疾患医療センター」という。）及び肝臓専門医療機関の指定等にあって必要な事項を定める。

(肝疾患医療センターの指定)

第2条 肝疾患医療センターの指定を受けようとする医療機関は、指定を受けようする前々年度の5月末日までに肝疾患診療連携拠点病院（肝疾患医療センター）指定申請書（第1号様式）により、県に申請するものとする。

2 県は、医療機関からの申請に基づき、実施要綱第4条より、肝疾患医療センターとして指定する場合は、肝疾患診療連携拠点病院指定書（第2号様式）を交付する。

(肝疾患医療センターの定期報告)

第3条 県は、肝疾患医療センターの指定要件の充足状況を確認するため、肝疾患医療センターの管理者から毎年報告を求めるものとする。

2 県は、前項の報告を受けた場合において、必要があると認めるときは、現地調査を行うことができる。

3 前号に基づく現地調査結果について、必要があると認めるときは、神奈川県肝炎対策協議会の意見を聴取した上で、是正勧告を行うことができる。

(肝臓専門医療機関の指定)

第4条 肝臓専門医療機関の指定を受けようとする医療機関は肝臓専門医療機関指定申請書（第3号様式）により、県に申請するものとする。

2 県は、医療機関からの申請に基づき、実施要綱第3条により、肝臓専門医療機関として指定する場合は、肝臓専門医療機関指定書（第4号様式）を交付するものとする。

(指定書の再交付)

第5条 指定書の交付を受けた肝臓専門医療機関が指定書を紛失した場合は、肝臓専門医療機関指定書紛失届（第5号様式）により申請する。

2 上記の申請を受け付けたときは、指定書を再発行し、交付するものとする。

(肝臓専門医療機関の指定事項の変更)

第6条 肝臓専門医療機関は、申請事項に変更があった場合には、変更の内容や変更理由等を肝臓専門医療機関変更届（第6号様式）に記載し、速やかに県に提出するものとする。

(肝臓専門医療機関の辞退)

第7条 肝臓専門医療機関は、指定要件を喪失した場合には、速やかに肝臓専門医療機関辞退届（第7号様式）を県に提出するものとする。

(肝臓専門医療機関の指定取消)

第8条 県は、実施要綱第5条第2項に基づき肝臓専門医療機関の指定を取り消

す場合は、肝臓専門医療機関指定取消通知書（第8号様式）を肝臓専門医療機関の開設者に通知し、速やかに医療機関名を台帳から削除する。

（肝臓専門医療機関の定期報告）

第9条 県は、肝臓専門医療機関の指定要件を確認するため、次に定めるところにより、肝臓専門医療機関の管理者から報告を求めるものとする。

- (1) 県は、2年に1回、当該年度の10月1日現在の肝臓専門医療機関に関する情報について報告を求めるものとする。
- (2) 県は、肝臓専門医療機関に対し、肝臓専門医療機関定期報告書（様式第9号）を送付し、報告を求めるものとする。
- (3) 県は、前項の報告を受けた場合において、必要があると認めるときは、当該肝臓専門医療機関の管理者に対し、第5条から第7条に規定する手続きを行うよう求めるものとする。

（その他）

第10条 肝疾患診療ネットワークの運営にあたっては、この要領に定めるもののほか、神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課長が別に定める。

附 則

- 1 本要領は、平成30年2月7日より適用する。
- 2 神奈川県肝臓専門医療機関指定要領は廃止する。

附 則

本要領は、平成31年4月26日より適用する。

附 則

本要領は、令和元年11月26日より適用する。

附 則

- 1 本要領は、令和3年3月4日から適用する。
- 2 本要領による改正前の様式に基づいて作成した用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

- 1 本要領は、令和3年9月24日から適用する。
- 2 本要領による改正前の様式に基づいて作成した用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

II 肝炎治療医療費助成について

国内最大級の感染症である、B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療によって、その後の肝硬変・肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患です。

しかし、インターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療については治療にかかる医療費が高額となること、また、核酸アナログ製剤治療については長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、これらの治療に要する医療費の助成を行い、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止を図ることとなりました。

1 肝炎治療医療費助成の概要について

(1) 助成対象となる方

- 神奈川県内に住民票を有している方。
- 国民健康保険や健康保険等の公的医療保険に加入している方。
- 年齢制限なし。
- B型慢性肝疾患及びC型慢性肝炎並びにC型代償性肝硬変、C型非代償性肝硬変の患者で、インターフェロン治療（少量長期投与を除く）、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療（以下、「抗ウイルス治療」という。）を実施している方、または実施予定の方。

(2) 助成対象となる医療

- 抗ウイルス治療、その副作用の治療にかかる医療費で、保険適用の治療が助成対象となります。
- また、受給者証記載の有効期間における、助成対象となる治療にかかわる検査については助成対象となります。（治療終了後、検査のみで経過観察されている場合は助成対象とはなりません。）

(3) 助成対象とならないもの

- 受給者証に記載されている有効期間以外にかかった医療費
- 抗ウイルス治療以外の医療費。強力ネオミノファーゲンシー（肝機能改善薬）、リーバクト（肝不全治療薬）、ウルソデオキシコール酸（肝庇護剤）等
- 治療開始前に行われる脾臓摘出、PSE(部分脾動脈塞栓術)、肝がん手術の医療費
- 健康保険や国民健康保険など公的医療保険の適用が受けられない、保

除診療外の医療費

- 長期収載品の選定療養における特別の料金
- 入院中に支払った差額ベッドの代金やシーツなど保険適用外の料金、入院時食事療養標準負担額
- 高額療養費制度によって各保険者（健康保険証の発行元）から払い戻しを受けられる金額
- 診断書などの各種証明書料金

(4) 申請場所

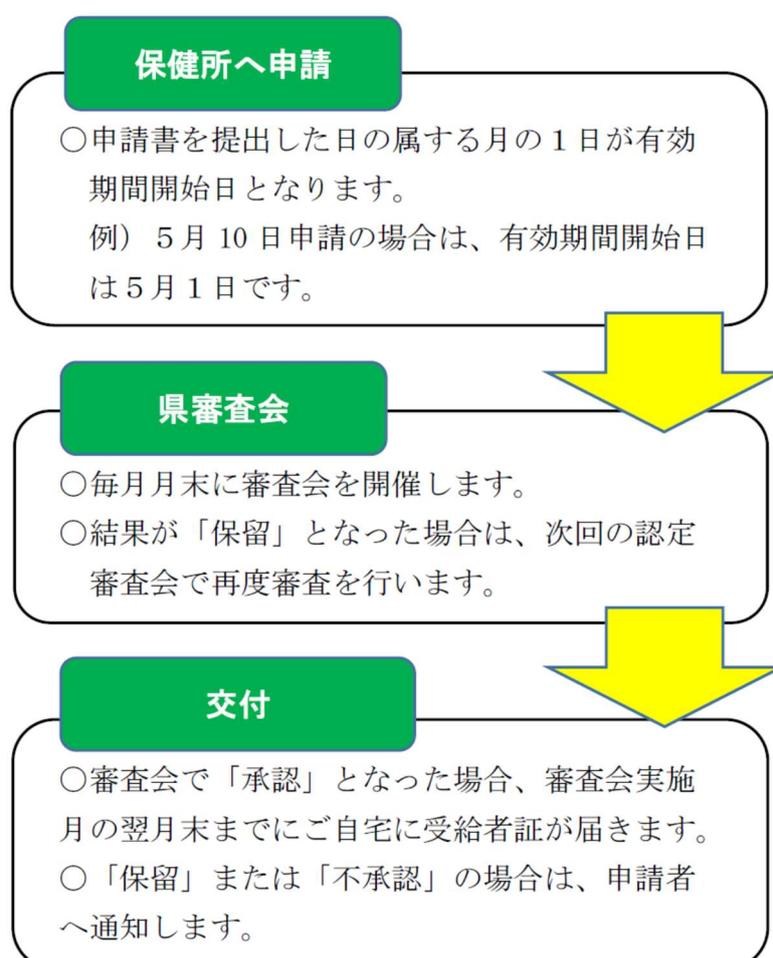
すべての手続きは最寄りの保健所等で行うことができます。また、すべての申請様式を最寄りの保健所等（→17ページ）で入手できます。

また、一部の申請様式については「神奈川県肝炎に対する取組」においてダウンロードできます。

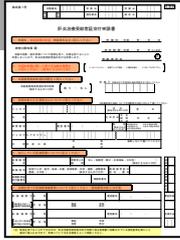
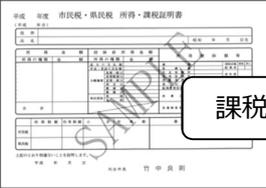


申請から受給者証交付までの流れ

申請から受給者証交付までは約2か月程度かかります。



(5) 肝炎医療費助成申請に必要な書類

書類	
<p>1 肝炎治療受給者証交付申請書</p>	<p>様式は、県内保健所 もしくは 県ホームページ掲載</p> 
<p>2 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (県指定の様式)</p>	<p>神奈川県もしくは東京都で指定された肝臓専門医療機関で作成した診断書(県内保健所、県ホームページで取得)</p>
<p>3 健康保険証のコピー 申請者の氏名が記載されたもの マイナ保険証への移行により、次のいずれか 1 有効期間内の「健康保険証」のコピー 2 「資格情報のお知らせ」のコピー 3 マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」のコピー 4 「資格確認書」のコピー</p>	 <p>国保・国保組合は有効期間を確認!</p>
<p>4 住民票の写し(「この写しは世帯全員の住民票の原本と相違ないことを証明します」等の文面が入っているもの)</p>	 <p>世帯全員・全世帯等記載のあるもの。</p>
<p>5 課税年額を証明する書類 世帯全員分で、かつ証明年度は最新のものをそろえてください。</p>	 <p>税額決定通知 課税証明</p>
<p>6 市町村民税(所得割)の課税状況調査票 上半分のみ記載</p>	<p>様式は、県内保健所 もしくは 県ホームページ掲載</p> 

自己負担限度額が2万円になることを了承いただいた上で、「市町村民税(所得割)の課税年額に関する申立書」に代えることもできます。

令和7年4月から、マイナンバーを利用して添付が必要な書類の一部の提出が省略できることになりました。

省略できるのは、申請する際に必要な前記書類うち③、④、⑤の書類です。

- ① 肝炎治療受給者証交付申請書
- ② 診断書
- ③ 健康保険証又は資格情報のお知らせ等のコピー

« ●マイナ保険証の利用登録をしていない方は省略できません。 »

- ④ 世帯全員の住民票
- ⑤ 世帯全員の市町村民税の課税年額を証明する書類

« ●省略するためには、地方税情報照会に係る同意が必要です。 »

- ⑥ 市町村民税（所得割）の課税状況調査票

なお、県から関係機関に健康保険証・住民票・市町村民税の各情報を照会し、情報提供を受けて事務を進めるため、通常の申請より受給者証発行までの事務処理に時間を要します。

また、マイナンバーを利用して添付資料の一部省略を希望された場合でも、各情報を取得できないなど照会結果によっては、紙の添付資料の提出をお願いする場合があります。

☆ マイナンバーを利用して申請される方は、別途 （様式）「個人番号（マイナンバー）提供書・兼同意書」 をご提出いただきます。

◇ 詳しくは県のホームページ「神奈川県の肝炎に対する取組」をご覧ください。

(6) 肝炎治療医療給付にかかる申請書の受付先一覧

保健所等名称	住所	電話番号
鶴見福祉保健センター（区役所）	横浜市鶴見区鶴見中央3-20-1	045-510-1832
神奈川福祉保健センター（区役所）	横浜市神奈川区広台太田町3-8	045-411-7138
西福祉保健センター（区役所）	横浜市西区中央1-5-10	045-320-8439
中福祉保健センター（区役所）	横浜市中区日本大通35	045-224-8332
南福祉保健センター（区役所）	横浜市南区浦舟町2-33	045-341-1185
港南福祉保健センター（区役所）	横浜市港南区港南4-2-10	045-847-8438
保土ヶ谷福祉保健センター（区役所）	横浜市保土ヶ谷区川辺町2-9	045-334-6344
旭福祉保健センター（区役所）	横浜市旭区鶴ヶ峰1-4-12	045-954-6146
磯子福祉保健センター（区役所）	横浜市磯子区磯子3-5-1	045-750-2445
金沢福祉保健センター（区役所）	横浜市金沢区泥亀2-9-1	045-788-7840
港北福祉保健センター（区役所）	横浜市港北区大豆戸町26-1	045-540-2362
緑福祉保健センター（区役所）	横浜市緑区寺山町118	045-930-2357
青葉福祉保健センター（区役所）	横浜市青葉区市ヶ尾町31-4	045-978-2438
都筑福祉保健センター（区役所）	横浜市都筑区茅ヶ崎中央32-1	045-948-2350
戸塚福祉保健センター（区役所）	横浜市戸塚区戸塚町16-17	045-866-8426
泉福祉保健センター（区役所）	横浜市泉区和泉中央北5-1-1	045-800-2445
栄福祉保健センター（区役所）	横浜市栄区桂町303-19	045-894-6964
瀬谷福祉保健センター（区役所）	横浜市瀬谷区二ツ橋町190	045-367-5744
川崎区役所地域みまもり支援センター （福祉事務所・保健所支所）	川崎市川崎区東田町8	044-201-3204
幸区役所地域みまもり支援センター （福祉事務所・保健所支所）	川崎市幸区戸手本町1-11-1	044-556-6682
中原区役所地域みまもり支援センター （福祉事務所・保健所支所）	川崎市中原区小杉町3-245	044-744-3280
高津区役所地域みまもり支援センター （福祉事務所・保健所支所）	川崎市高津区下作延2-8-1	044-861-3321
宮前区役所地域みまもり支援センター （福祉事務所・保健所支所）	川崎市宮前区宮前平2-20-5	044-856-3265
多摩区役所地域みまもり支援センター （福祉事務所・保健所支所）	川崎市多摩区登戸1775-1	044-935-3310
麻生区役所地域みまもり支援センター （福祉事務所・保健所支所）	川崎市麻生区万福寺1-5-1	044-965-5163
相模原市保健所 疾病対策課 （ウェルネスさがみはらB館4階）	相模原市中央区富士見6-1-1（直接持参する場合） 〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15（郵送する場合）	042-769-7201
相模原市保健所（緑保健センター） ※緑保健センター津久井担当は受付不可	相模原市緑区西橋本5-3-21 緑区合同庁舎4階	※書類受付のみ
相模原市保健所（南保健センター）	相模原市南区相模大野6-22-1	
横須賀市保健所	横須賀市西逸見町1-38-11 ウェルシティ市民プラザ内	046-822-4385
藤沢市保健所	藤沢市鶴沼2131-1	0466-50-3593
茅ヶ崎市保健所（保健予防課）	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-8-7	0467-38-3315
平塚保健福祉事務所（保健予防課）	平塚市豊原町6-21	0463-32-0130
秦野センター（保健予防課）	秦野市曾屋2-9-9	0463-82-1428
鎌倉保健福祉事務所（保健予防課）	鎌倉市由比ガ浜2-16-13	0467-24-3900
三崎センター（保健予防課）	三浦市三崎町六合32	046-882-6811
小田原保健福祉事務所（保健予防課）	小田原市荻窪350-1	0465-32-8000
足柄上センター（保健予防課）	足柄上郡開成町吉田島2489-2	0465-83-5111
厚木保健福祉事務所（保健予防課）	厚木市水引2-3-1（県厚木合同庁舎3号館1階）	046-224-1111
大和センター（保健予防課）	大和市中央1-5-26	046-261-2948
神奈川県 がん・疾病対策課	横浜市中区日本大通1	045-210-4795

(7) 受給者証について

対象患者と認定された方には、肝炎治療受給者証と肝炎治療自己負担限度月額管理票を交付しますので、医療機関又は薬局の窓口での提示が必要となります。

受給者証は、全国の保険医療機関及び保険薬局でご使用いただけます。（受給者証の使用にあたり、保険医療機関と県との契約や県への登録等は不要です。）

肝 炎 治 療 受 給 者 証	
公費負担者番号	3 8 1 4 6 0 1 5
受給者番号	
受給者	住所
	氏名
	生 年 月 日
疾患名	
有効期間	
月額自己負担限度額 円	
発行機関	神奈川県知事
交付年月日	

受給者証が使用できる医療機関等について

全国の保険医療機関及び保険薬局でご使用いただけます。

- 治療の途中で、治療を受ける保険医療機関又は保険薬局を変更した場合も、県への届出は不要です。
- 「訪問看護ステーション」、「介護保険施設」等、保険医療機関ではない施設では使用できません。
- 助成対象医療は、受給者証に記載の疾患に対する抗ウイルス治療（治療方法に記載の薬剤に限る。）です。原則、それ以外の治療では使用できません。

記 録	
新規認定年月日	
変更（延長）認定年月日	
治療方法	

注意 1 疾患名欄に記載された疾患について、医療給付の対象となります。
2 裏面に注意事項があります。

インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療を併用される患者様の場合

インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療については、同一の患者様であっても別々に申請が必要であり、別々の受給者証が交付されます（受給者番号が別です）。

また、同一の患者であれば、インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療込みでの自己負担限度額となります。（自己負担限度額1万円で、インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療を同時に受ける患者の場合、自己負担限度額はあくまで1万円であり、合計して2万円とはなりません。）

2 自己負担限度額について

(1) 助成の内容について

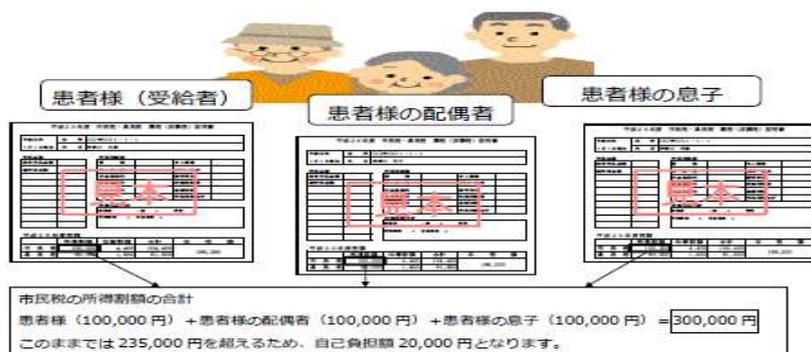
インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療、核酸アナログ製剤治療にかかる保険治療の患者負担額（月額）から、次の月額自己負担限度額を除いた額が助成されます。（ただし、医療保険から支給される高額医療費等は、助成額に含まれません。）

助成を受けていると、患者様は、自己負担額の上限月額以上の負担はかからなくなります。

階層区分	世帯あたりの市町民税 (所得割) 課税年額※	月額自己負担限度額
甲	235,000円以上	20,000円
乙	235,000円未満	10,000円

※ 平成22年度税制改正において、平成24年度（平成23年分）以降から扶養控除の見直しが行われましたが、患者さんの世帯中に年少控除対象者（15歳以下）又は特定扶養控除対象者（16歳～18歳）がいる場合は、税制改正前の旧税額を適用します。

④ 所得階層区分認定の特例・・・合算対象から除外できる例もあります！



患者様及び配偶者以外の方（「控除対象者」といいます。この場合は患者様の息子さん）が次のすべての条件を満たす場合、所得割額の合算対象から外すことができます。（これを「所得階層区分認定の例外的扱い」といいます。）

1 患者様及び配偶者と控除対象者との間に、医療保険上で扶養していない、扶養されていないこと



2 患者様及び配偶者と控除対象者との間に、地方税法上で扶養していない、扶養されていないこと

課税証明書の「扶養控除」欄で確認します。課税証明書によっては、地方税法上、扶養家族であることを記載しているものもあります。

3 患者様からの申請に基づくこと

課税状況調査票の下部の「市町民税合算対象除外希望者について」の欄に記入が必要です。

(2) 肝炎治療自己負担限度月額管理票

抗ウイルス治療を受ける際、受給者は受給者証とともに、肝炎治療自己負担限度月額管理票(以下「管理票」という。)を窓口に提示しますので、徴収した自己負担額及び当月中に受給者が抗ウイルス治療に関して支払った自己負担額の累計を管理票に記載してください。

当該月の自己負担額（累計額）が自己負担限度額に達した場合については以後（当該月において）自己負担額を受給者から徴収せず、超過分については公費請求してください。

管理票をなくされた患者様へ

保健所で管理票の再交付の手続きを行うようお伝えください。

管理票が再交付されたら、当該月の自己負担額を再度記入していただくなど、受給者の不利益にならないようご協力をお願いします。

肝炎治療自己負担限度月額管理票

(表・表紙)

肝炎治療自己負担限度月額管理票

受給者 氏名	
受給者 番号	

(裏・裏紙)

注 意 事 項

- ・ 神奈川県では、受給者に対して、肝炎治療受給者証(受給者証)とともに自己負担限度月額管理票(管理票)を交付いたします。
- ・ 受給者証の交付を受けた方は、対象対象の肝炎治療を受ける際に受給者証とともに管理票を必ず医療機関等に提示してください。
- ・ 管理票を提示された医療機関等は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が対象の肝炎治療について支払った自己負担の累積額を、管理票に記入してください。また、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度額に達した場合は、管理票の裏文面にその旨を記入してください。
- ・ 当該月の自己負担の累積額が自己負担限度額に達し上記の記入のある管理票を提示された医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収しないでください。

神奈川県 保健福祉部 保健医療部 がん・疾病対策課 肝炎担当	電話番号：045-210-4795
住所：〒221-8588 横浜市中区日本大通1	

年 月分 自己負担限度月額管理票

下記のとおり自己負担限度月額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
月 日		

日付	医療機関等の名称
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

自己負担額	月間自己負担累積額	自己負担額徴収印

自己負担限度月額管理票の記入方法

○自己負担限度月額管理票の取扱いについて

- ・ 神奈川県では、受給者に対して、肝炎治療受給者証（以下「受給者証」という。）とともに自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）を交付いたします。
- ・ 受給者証の交付を受けた方は、助成対象の肝炎治療を受ける際に受給者証とともに管理票を必ず保険医療機関等に提示してください。
- ・ 管理票を提示された保険医療機関等は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が助成対象の肝炎治療について支払った自己負担の累積額を、管理票に記入してください。また、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記入してください。（所定欄に医療機関等の名称を記入し押印してください。）
- ・ 当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した旨の記入のある管理票を提示された保険医療機関等は、当該月においては自己負担額を徴収しないでください。

（例）自己負担限度月額が1万円の患者さんの場合

- ① 5月1日 A総合病院 保険適用後の一部負担金 5,700円 （患者さんの負担 5,700円 公費助成 0円）
※限度額（月額合計）の1万円を超えていないので全額患者さんの負担
- ② 5月1日 B調剤薬局 2,250円 （患者さんの負担 2,250円 公費助成 0円）
※限度額（月額合計）の1万円を超えていないので全額患者さんの負担
- ③ 5月8日 Cクリニック 5,500円 （患者さんの負担 2,050円 公費助成 3,450円）
※限度額（月額合計）の1万円を超えた分（3,450円）を公費負担
- ④ 5月9日 B調剤薬局 2,250円 （患者さんの負担 0円 公費助成 2,250円）
※患者さんの負担なし 管理票への記入は不要

〇〇年 5月分 自己負担限度月額管理票

限度額を超えた医療機関が記入

下記のとおり自己負担限度月額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
③ 5月8日	Cクリニック	印

日付	医療機関等の名称
① 5月1日	A総合病院
② 5月1日	B調剤薬局
③ 5月8日	Cクリニック

※5月9日以降（月末まで）は自己負担額を徴収しないでください。（管理票への記入も不要）

患者さんが支払った金額を記入する

自己負担額	月間自己負担累積額	自己負担額徴収印
5,700	5,700	印
2,250	7,950	印
2,050	10,000	印

限度額（10,000円）を超えた金額（3,450円）は記入せず、レセプトで請求してください。

医療機関ごとに押印

3 払戻しの手続

抗ウイルス治療に係る医療費について、医療機関や調剤薬局の窓口で受給者証を利用できなかった場合、受給者は神奈川県知事に対して医療費等の払戻請求を行うことができます。

受給者から払戻請求書の作成を依頼された場合は、抗ウイルス治療及びその他抗ウイルス治療による副作用の治療に係る医療費のみを記載してください。

ひとつの医療機関での支払が自己負担限度額(月額)に達しない場合であっても他の医療機関と合算すると限度額を超える可能性がありますので、受給者から依頼があった場合には、治療費証明書の作成（もしくは次ページの肝炎治療自己負担限度月額管理票を用いる方法）で対応をお願いします。

証明する医療費について、高額療養費制度が適用された場合は、高額療養費制度適用有無欄の「有」にチェックを入れてください。

様式第10号 肝炎治療費給付申請書（払戻請求書）

※裏面を必ずお読みください

申請日： 年 月 日

公費負担者番号	3 8 1 4 6 0 1 5	神奈川県知事 殿
受給者番号		肝炎治療費の払戻を請求します。 払戻金の戻先口座は左記口座を希望します。 なお、本申請に関して不明な点がある場合は、神奈川県が直接、保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が神奈川県に当該情報を提供することに同意します。
受給者氏名		申請者氏名
生年月日	年 月 日 (性別 男・女)	申請者住所
振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協 支店 支所 出張所 郵便局 (ゆうちょ銀行活字)	申請者電話番号
口座番号	普通 当座	受給者との続柄 (レ印をつけてください)
口座名義人	カタカナで記入してください	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他

～高額療養費制度適用『無』の方へ～

神奈川県が審査した結果、高額療養費制度適用の可能性があると判断した場合は、後日文書にて照会をさせていただきますことがあります。
なお、高額療養費制度の適用有無の確認や具体的な請求手続き等については、ご加入されている医療保険の保険者(保険証の発行元)にお問い合わせください。

※ 世帯の世帯主が記入してください ※ 詳細な記入例は県ホームページに掲載しています

肝炎治療費証明書【医療機関証明欄】	受給者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	受給者証交付日	年 月 日	上限額 J: 10,000円 K: 20,000円	履歴 有・無 印・通 票・受
保険区分	協会けんぽ・組合・共済・国保・後高齢・国保組合・その他	★受給者から実際に取付した金額(高額療養費制度を適用した場合は、適用後の領収金額)の内、 <u>肝炎治療費に関する払戻の対象となる金額のみ</u> を記入してください。		公費の対象となる肝炎治療の点数	高額療養費制度適用有無	受給者からの領収額
診療年月	被保険者負担区分	診療区分	診療日数	公費の対象となる肝炎治療の点数	高額療養費制度適用有無	受給者からの領収額
同一个月内に肝炎以外の治療も行っている場合は、診療日数又は点数欄上部の「」に診療総日数又は保険診療総点数をご記入ください。 (「」の下欄には肝炎治療に関する診療日数又は保険診療点数のみご記入ください)						
平成 30年 3月	<input type="checkbox"/> 定額 <input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	[☆15] (日)	[130,500] 点	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	57,600 円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	[] (日)	[] 点	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	[] (日)	[] 点	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	[] (日)	[] 点	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円

上記のとおり領収していることを証明します。 証明日： 年 月 日

また記載されている医療費については公費併用でレセプト請求していません。

医療機関等名称
所在地
代表者氏名

連絡先電話番号
証明担当者名(部署名)
※担当者名記入は必須
医療機関コード(固有コード7桁)

合計 円
全 枚
合計 円

※ 証明書料については、患者(申請者)の負担になります。
※ 医療機関証明欄は、医療機関ごとに記入ください。一枚で複数の医療機関分を証明することはできません。
※ 足りない場合は、本用紙をコピーしてご使用ください。
(県ホームページからダウンロードすることもできます。)

医療機関で証明する欄です。
—医療機関で1枚作成します。詳しい書き方は県ホームページに掲載しています。

㊦ **一医療機関で受給者が支払った金額の累計(月額)が自己負担限度月額を超えていない場合**

自己負担限度月額管理票に受給者の支払額を記入し、そのコピーと他の医療機関の払戻請求書を提出して払戻しを受けることも可能です。(受給者にとっては文書料が少なくなるメリットがあります。)

○限度額が1万円、医療費の支払い総額が5万円、払戻請求書のみで請求する場合

	窓口でのお支払い額	管理票	払戻請求書		備考
			自己負担分	払戻分	
総合病院A	25,000円		10,000円	15,000円	払戻請求書 1部
調剤薬局B	25,000円			25,000円	払戻請求書 1部
合計	50,000円		10,000円	40,000円	

○限度額が1万円、医療費の支払い総額が5万円、**管理票のコピーを用いる場合**

	窓口でのお支払い額	管理票	払戻請求書		備考
			自己負担分	払戻分	
クリニックC	5,000円	5,000円			コピーを添付
調剤薬局D	45,000円		5,000円	40,000円	払戻請求書 1枚は必須
合計	50,000円		10,000円	40,000円	

一つの医療機関でお支払いされた金額の累計(月額)が自己負担限度月額を超えていない場合は、管理票のコピーと払戻請求書による払戻し手続きができます。

なお、医療機関が自己負担限度額を超えた分を受給者に返金した上で、医療費をレセプトで公費請求する場合には、受給者が支払った金額(自己負担限度額まで)を必ず管理票に記入してください。

4 受給者証の記載内容が変わったときは

登録事項変更届（様式第7号）に次の書類等を添えて、最寄りの保健所等に提出するよう伝えてください。

変更内容	添付書類
氏名や住所	住民票の写し（コピー不可）、運転免許証のコピー（表裏両面）、マイナンバーカードのコピーなど新しい氏名や住所の分かる公的な書類。 ※住民票、マイナンバーカードは、マイナンバーが写らないようにしてください。
健康保険証	新しい保険証の写し（次のいずれか） 1 保険者から交付された「資格情報のお知らせ」のコピー 2 マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」のコピー 3 保険者から交付された「資格確認書」のコピー ※現在の受給者証を引き続きご利用いただけます。
電話番号	添付書類は不要
自己負担限度額	世帯全員の市町村民税の課税年額を証明する書類。 課税状況調査票 世帯構成が変更となった場合は住民票の写し（コピー不可）も必要。 ※「市町村民税の課税年額を証明する書類」とは、課税（非課税）証明書や市町村が通知する市町村民税の決定通知書の写しです（特別徴収税額通知書は不可です）。

その他の手続き

● 県外へ転出する場合

転出先で引き続き助成を受けるためには、転出先の都道府県で手続きが必要です。

● 受給者証を返納する場合

治癒、治療の中止、その他の理由によって受給者の資格を失った際には受給者証を返納してください。

有効期間が終了した場合は、返納の必要はありません。

● 破損や紛失等の理由で受給者証や自己負担限度月額管票の再交付が必要な場合

肝炎治療受給者証返納届・再交付申請書（様式第9号）を最寄りの保健所等に提出するよう伝えて下さい。



様式は、最寄の保健所
もしくはホームページ「神奈川県の肝炎に対する取組」にあります。

神奈川県 肝炎

検索

5 認定基準

診断書については、原則として神奈川県が指定する肝臓専門医療機関において発行したものとすること。

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe抗原陽性でかつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※上記において助成対象は2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロアテゼ阻害剤による3剤併用療法に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース

② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(2)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医もしくは日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(2) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性の *C* 型慢性肝疾患（*C* 型慢性肝炎若しくは *Child-Pugh* 分類 *A* の *C* 型代償性肝硬変、又は *Child-Pugh* 分類 *B* 若しくは *C* の非代償性肝硬変）で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、*C* 型慢性肝炎若しくは *Child-Pugh* 分類 *A* の *C* 型代償性肝硬変に対しては原則 1 回のみ助成とし、*Child-Pugh* 分類 *B* 又は *C* の *C* 型非代償性肝硬変に対しては 1 回のみを助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

6 受給者証（インターフェロン治療）の延長について

様式は 46～48 ページに掲載しています。

（1）ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の投与期間延長

C型慢性肝炎セログループ 1 型かつ高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、次の①または②の要件を満たし、医師が 7 2 週投与を必要と判断する場合に、6 カ月を限度とする延長が可能です。肝炎治療受給者証（インターフェロン）有効期間延長申請書（様式第 9 号の 2）を提出してください。

【要件】

- ① これまでにおいて、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 4 8 週投与を行い、3 6 週までに H C V - R N A が陰性化したケースで、今回の治療で H C V - R N A が陰性化した症例に該当するケース
- ② ①に該当しないケースで、今回の治療で投与開始後 1 2 週後に H C V - R N A 量が前値の 1/100 以下に低下するが、H C V - R N A が陽性（Real time PCR）で 3 6 週までに陰性化した症例に該当するケース

（2）副作用等による治療中断に伴う期間延長

副作用等によりインターフェロン治療を中断し、次の要件に該当する場合は 2 カ月を限度とする延長が可能です。肝炎治療受給者証（インターフェロン）有効期間延長申請書（様式第 9 号の 3）を提出してください。

【要件】

- 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合
- ※ 肝臓専門医等：県（又は東京都）が指定する肝臓専門医療機関に在籍する医師
 - ※ 延長投与及び副作用等による治療中断に伴う期間延長を同時に申請した場合、最大 8 カ月の期間延長が可能。

受給者証（核酸アナログ製剤治療、インターフェロンフリー治療）の有効期間

核酸アナログ製剤治療及びインターフェロンフリー治療にかかる受給者証は期間延長がありません。

核酸アナログ製剤治療にかかる受給者証の有効期間は 1 年です。治療を継続する場合は受給者証の更新手続きが必要です。（→28 ページ）

インターフェロンフリー治療については、治療期間（例：8 週）に即して有効期間を設定しています。期間の延長や、受給者証の更新はできませんので、有効期間内に治療を開始・終了できるように、治療期間を勘案して診断書に記載してください。もし当初の予定通りに治療が開始できない（有効期間内に治療が終了できない）場合は、受給者証未使用であれば申請を取り下げ、新たな治療期間について改めて申請していただきます。（再度、診断書等の提出が必要です。）

7 受給者証（核酸アナログ製剤治療）の更新について

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書もしくは治療内容確認表、検査結果の写しとお薬手帳などの写し

診断書

神奈川県及び東京都が指定する専門医療機関で記載されたもの

診断書以外の場合：治療内容確認表 + 検査結果写し + お薬手帳などの写しの3点セットを提出してください

治療内容確認表

検査結果通知など

現在お持ちの受給者証の交付日以降の検査日、処方日が記載されている必要があります。

薬剤情報提供書
やお薬手帳など

検査項目	結果	基準値
ALT	xx	◆◆-◆◆
AST	〇〇	# #-##
血小板数	□□	* *-**
HBV-DNA	◇◇	ケシタゲル

1 検査内容がわかる書類（検査結果通知など）の写しを添付してください。

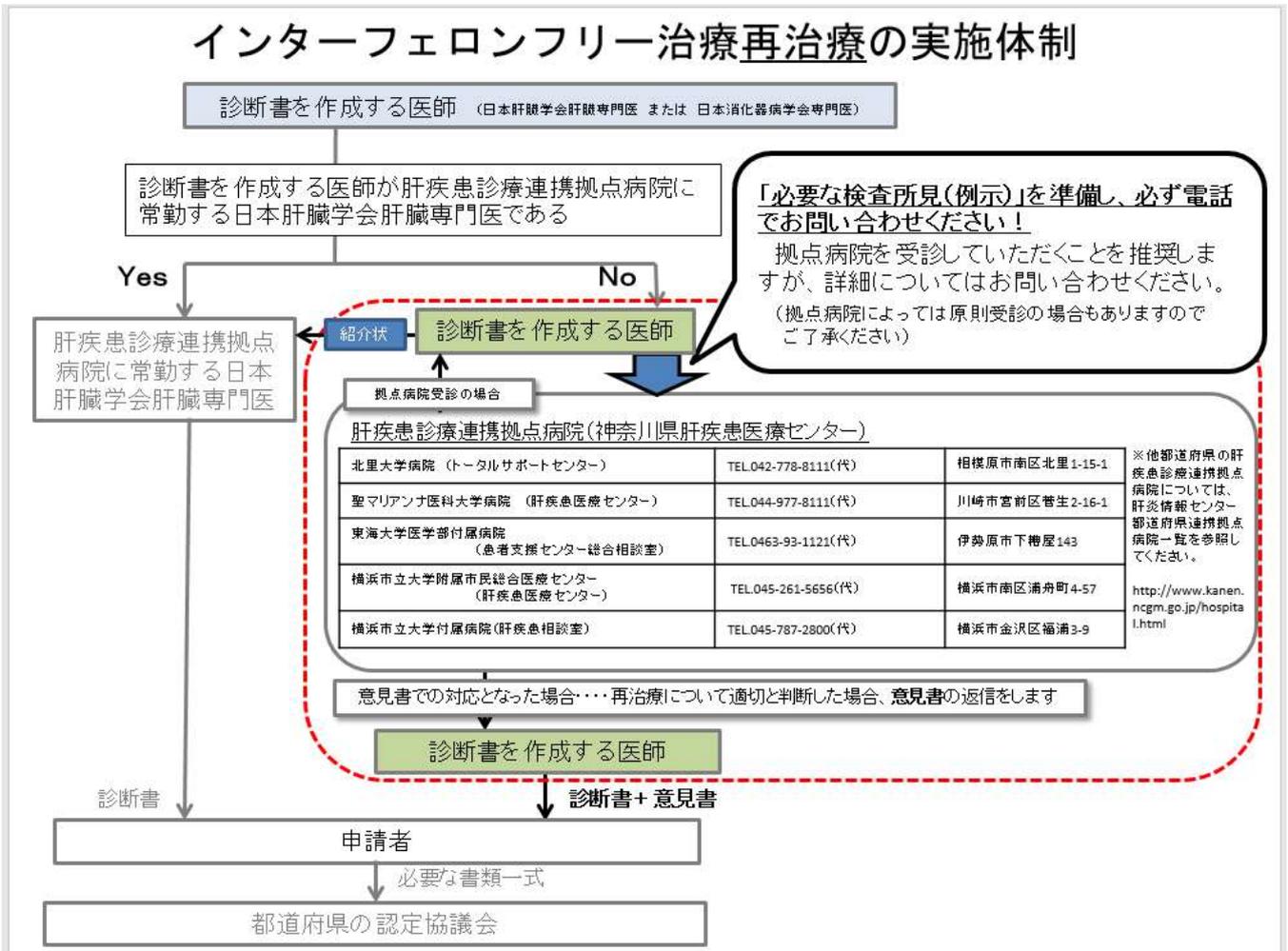
2 現在投与している薬がわかる書類（お薬手帳などの該当ページの写し）を添付してください。

※「AST (GOT)」「ALT (GPT)」「HBV-DNA (HBV核酸定量)」は必須項目です。必ず、これらの項目の結果値が記載された検査結果報告書を、患者様にお渡しください。なお、「HBV-DNA (HBV核酸定量)」の検査結果は「HBVコア関連抗原 (HBc r A g)」の検査結果に代えることができます。(HBs抗原・抗体、HBe抗原・抗体は不可。)

8 インターフェロフリー治療の再治療の取り扱いについて

インターフェロフリー治療を再治療する場合については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象となります。

インターフェロフリー治療再治療の実施体制



必要な検査所見（例示）

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年 月 日生（満 歳）
住所	郵便番号		
	電話番号（ ）		
過去のインターフェロンフリー治療			
治療期間	年 月 ～ 年 月		
治療内容	薬剤名：		
治療効果	再燃 ・ 無効 主な副作用（ ）		
その他（薬剤コンプライアンス等）			
過去のプロテアーゼ阻害剤＋インターフェロン治療の有無			
治療内容	なし ・ テラプレビル ・ シメプレビル ・ バニプレビル		
治療期間	年 月 ～ 年 月		
治療効果	再燃 ・ 無効 主な副作用（ ）		
直近の検査結果等			
AST			
ALT			
血小板			
アルブミン			
プロトロンビン時間			
クレアチニン			
eGFR			
BUN			
AFP			
PIVKA-II			
ウイルス型	HCV RNA		
	ウイルス型	セログループ1 ・ セログループ2 ジェノタイプ（1a ・ 1b ・ 2a ・ 2b ・ 3a）	
耐性変異 ※結果のコピー可	測定方法		
	NS3		
	NS5A		
直近の画像所見			
既往歴 特に肝細胞がんの治療歴、腎疾患、 心疾患等について			
併用している薬			
次に予定している治療法と時期			
再治療予定時期	年 月 ～ 年 月		
治療予定内容	薬剤名：		
年 月 日		医師氏名：	印
		医療機関名：	

9 よくある質問

厚生労働省健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室「肝炎治療特別促進事業に関する問答集（H27.11.26）」を参考に作成

Q1 受給期間内で、抗ウイルス治療開始前に行われる脾臓摘出、PSE（部分脾動脈塞栓術）、肝がん手術等は助成の対象になるのか。

A1 助成対象とはならない。

抗ウイルス治療との併用で治療効果のある薬剤・治療とは言えないため。

同様の理由で、抗ウイルス治療の前に行われる肝がん手術等も助成の対象とならない。

Q2 既往の疾患（高血圧など）のため既に通院中の患者に抗ウイルス治療を開始した場合、再診料については本医療費助成の対象としてよいか。

A2 本医療費助成の対象として差し支えない。

既往の疾患に対する治療と抗ウイルス治療について同時に再診を行い、1回と算定された再診料の切り分けが難しいと考えられる場合は差し支えない。

Q3 肝炎治療受給者証所持者がDPC（診断群分類、Diagnosis Procedure Combination）対象病院に入院し、診断群分類点数表に基づいて診療報酬請求が行われる場合、包括評価部分についてどのように取扱えばよいか

A3 医療資源を最も投入した病名で判断する。

医療資源を最も投入した病名がB型慢性肝炎、C型慢性肝炎、C型代償性肝硬変又はC型非代償性肝硬変であって、当該病名に対して適応のある抗ウイルス治療が行われている場合には、包括評価部分を助成対象として取り扱って差し支えない。

上記以外は、当該入院期間中に抗ウイルス治療が行われたとしても、助成対象とすることはできない。

Q4 B型肝炎とC型肝炎の合併例において、核酸アナログ製剤投与中にインターフェロンフリー治療を行う場合に、助成対象としてよいか。

A4 助成対象として差し支えない。

各々の治療に係る申請手続・審査を経て、各々の治療期間に対応した受給者証が2つ交付される。

（受給者証を2つ持つこととなる）自己負担限度月額是对象患者様ごとにて決定するため、1万円の受給者は、2つ受給者証があっても1万円となる。

Q5

生活保護受給者は、本事業による医療費助成制度の対象になるか。

A5

公的医療保険加入状況による。

本制度は、医療保険制度の被保険者又は被扶養者たる対象患者の保険診療を助成対象とする保険優先の公費負担医療制度であるから、生活保護受給者のうち、医療保険に加入している者は本制度の対象となるが、医療保険に加入していない者は対象とならない。

10 肝炎治療医療費助成の有効期間延長申請書および診断書様式

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書

治療種類	診断書様式
インターフェロン（1回目の制度利用）	様式第2号
インターフェロン（2（3）回目の制度利用）	様式第2号の2
核酸アナログ製剤（新規・更新共通） ※更新の場合は、検査結果の写し+お薬手帳等の写しで代用可	様式第2号の3
インターフェロンフリー治療（非代償性肝硬変を除く）	様式第2号の4
”（非代償性肝硬変）	様式第2号の6
インターフェロンフリー治療再治療（意見書）	様式第2号の5

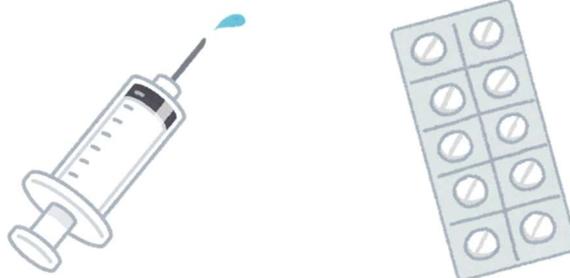
肝炎治療受給者証の有効期間延長申請書（インターフェロンのみ）

治療種類	診断書様式
肝炎治療受給者証（インターフェロン）有効期間延長申請書	様式第9号の2
肝炎治療受給者証（インターフェロン）有効期間延長申請書	様式第9号の3

<参考> 治療種類と助成対象の薬剤名・商品名に関するリスト

治療種類	薬剤名	商品名	製造・販売会社名
インターフェロン	インターフェロン α	イントロンA	MSD
		スミフェロン	大日本住友製薬
	インターフェロン β	フェロン	東レ・第一三共
	ペグ・インターフェロン	ペガシス	中外製薬
		ペグイントロン	MSD
	リバビリン	コペガス	中外製薬
レベトール		MSD	
核酸アナログ製剤	エンテカビル	バラクルード	ブリストル・マイヤーズ
	ラミブジン	ゼフィックス	グラクソ・スミスクライン
	テノホビル	テノゼット	グラクソ・スミスクライン
		ベムリディ	ギリアド・サイエンシズ
インターフェロンフリー	レジパスビル・ソホスブビル配合錠	ハーボニー	ギリアド・サイエンシズ
	グレカプレビル・ピブレンタスビル配合錠	マヴィレット	アッヴィ
	ソホスブビル・ベルパタスビル配合錠	エプクルーサ	ギリアド・サイエンシズ

※令和6年10月より長期収載品（後発医薬品のある先発医薬品）を希望した場合にかかる「長期収載品の選定療養における特別の料金」は、保険給付の対象ではないため、肝炎治療受給者証の助成対象外です。



様式第2号

肝炎治療受給者証（インターフェロン1回目の制度利用）の交付申請に係る診断書

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年 月 日（満 歳）
住 所	郵便番号 電話番号（ ）		
診 断 年 月	年 月	前 医 (あれば記載する)	医療機関名 医 師 名
過 去 療 歴	<p>C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。</p> <p>1. 3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由：)</p> <p>2. インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名：)</p> <p><input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。</p>		
検 査 所 見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日）</p> <p>(1) HBs抗原 (+・-)</p> <p>(2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____ (単位： 、測定法)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日）</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位： 、測定法)</p> <p>(2) ウイルス型（該当するものを○で囲む）</p> <p>ア. セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ. セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>ウ. 上記のいずれも該当しない（ジェノタイプ検査データがある場合は記載：)</p> <p>3. 血液検査（検査日： 年 月 日）</p> <p>AST _____IU/l (施設の基準値： ~)</p> <p>ALT _____IU/l (施設の基準値： ~)</p> <p>血小板数 _____/μl (施設の基準値： ~)</p> <p>4. 画像診断および肝生検などの所見（血液検査の結果が基準値の範囲内の場合には必ず記載） (検査日： 年 月 日)</p>		

診 断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)
肝 が ん の 併 合	肝がん 1. あり(治療中) 2. あり(治療終了) 3. なし <small>※2. あり(治療終了)には、肝がん治癒後の者のみ○をつけてください</small>
治 療 内 容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他 (具体的に記載: _____) 治療(予定)期間 _____ 週 (_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月)
治 療 上 の 問 題 点	
記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
医療機関名および所在地 _____ (医療機関コード _____)	
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要)	
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医	
(専門医番号を記載) _____ 専門医(登録)番号 No. _____	
医師氏名 _____	
認 定 基 準	
1. B型慢性肝疾患 ・ HB e 抗原陽性でかつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎で、インターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HB e 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)	
2. C型慢性肝疾患 ・ HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎及びC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。ただし、3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)を受けたことがあるものについては、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかった場合に限る。 ・ 直前の抗ウイルス治療としてインターフェロンフリー治療に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医もしくは日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。	

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、現在インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 現在インターフェロン治療中の場合は、治療開始日を必ず記載してください。
4. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。

様式第2号の2

肝炎治療受給者証（インターフェロン2（3）回目の制度利用）の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日（年齢）	
			男・女	年 月 日（満 歳）	
住 所	郵便番号				
	電話番号 ()				
診 断 年 月	年 月	前 医	医療機関名		
		(あれば記載する)	医 師 名		
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。				
	<p>1. B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p>(1) 2回目申請の場合</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けた。</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>(2) 3回目申請の場合</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。</p> <p>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(1) 過去のペグインターフェロン及びビリバリン併用療法の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>①これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びビリバリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース。</p> <p>②これまでの治療において、ペグインターフェロン及びビリバリン併用療法による72週投与が行われたケース。</p> <p>(2) 過去の3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバリン及びプロテアーゼ阻害剤）の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由：)</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：)</p> <p><input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。</p>				
検 査 所 見	今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。				
	<p>1. B型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日）</p> <p>(1) HBs抗原 (+・-)</p> <p>(2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____（単位： 、測定法)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日）</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____（単位： 、測定法)</p> <p>(2) ウイルス型（該当するものを○で囲む）</p> <p>ア. セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ. セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>ウ. 上記のいずれも該当しない（ジェノタイプ検査データがある場合は記載：)</p> <p>3. 血液検査（検査日： 年 月 日）</p> <p>AST _____IU/l（施設の基準値： ~)</p> <p>ALT _____IU/l（施設の基準値： ~)</p> <p>血小板数 _____/μl（施設の基準値： ~)</p> <p>4. 画像診断および肝生検などの所見（血液検査の結果が基準値の範囲内の場合は必ず記載） (検査日： 年 月 日)</p>				

診 断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)
肝 がん の 併 合	肝がん 1. あり(治療中) 2. あり(治療終了) 3. なし <small>※2. あり(治療終了)には、肝がん治癒後の者のみ○をつけてください</small>
治 療 内 容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他 (具体的に記載: _____) 治療(予定)期間 _____ 週 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)
治 療 上 の 問 題 点	
記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
医療機関名および所在地 _____ (医療機関コード _____)	
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医	
(専門医番号を記載) _____ 専門医(登録)番号 No. _____	
医師氏名 _____	

認 定 基 準
<p>1. B型慢性肝疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> HB e抗原陽性でかつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HB e抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。) <p>※ 本事業において、助成対象は2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。</p>
<p>2. C型慢性肝疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎及びC型代償性肝硬変で、インターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。ただし、これまでの治療において、十分量の3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)による24週投与が行われた場合を除く。 <p>※ 本事業において、2回目の助成をうけることができるのは、上記の基準を満たし、かつ以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。</p> <p>① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース ② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース</p> <ul style="list-style-type: none"> 直前の抗ウイルス治療としてインターフェロンフリー治療に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医もしくは日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、現在インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 現在インターフェロン治療中の場合は、治療開始日を必ず記載してください。
4. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書

フリガナ		性別	生年月日（年齢）	
患者氏名		男・女	年 月 日（満 歳）	
住 所	郵便番号 電話番号（ ）			
診 断 年 月	年 月	前 医 (あれば記載する)	医療機関名 医 師 名	
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無		1. あり	2. なし
	ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要		1. あり	2. なし
検査所見	1. B型肝炎ウイルス スマーカー	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (更新の場合は「前回申請時データ」) (検査日: 年 月 日)	直近のデータ (新規の場合は、治療開始後6か月以内の者は記載不要) (検査日: 年 月 日)	
	(1)HBs抗原	(+・-) (該当する方を○で囲む)	(+・-) (該当する方を○で囲む)	
	(2)HBe抗原 HBe抗体	(+・-) (該当する方を○で囲む) (+・-) (該当する方を○で囲む)	(+・-) (該当する方を○で囲む) (+・-) (該当する方を○で囲む)	
	(3)HBV-DNA 定量	_____(単位: 、測定法)	_____(単位: 、測定法)	
2. 血液検査	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)		
AST	____IU/1 (施設の基準値: ____~____)	____IU/1 (施設の基準値: ____~____)		
ALT	____IU/1 (施設の基準値: ____~____)	____IU/1 (施設の基準値: ____~____)		
血小板数	____/μl (施設の基準値: ____~____)	____/μl (施設の基準値: ____~____)		
3. 画像診断および 肝生検等の所見	(血液検査の結果が基準値の範囲内の場合には必ず記載) (検査日: 年 月 日)		(血液検査の結果が基準値の範囲内の場合には必ず記載) (検査日: 年 月 日)	
診 断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)			

様式第2号の4

肝炎治療受給者証（**非代償性肝硬変を除く**インターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書

フリガナ		性別	生年月日（年齢）	
患者氏名		男・女	年 月 日	（満 歳）
住 所	郵便番号			
	電話番号 ()			
診 断 年 月	年 月	前 医 (あれば記載する)	医療機関名	
			医 師 名	
過去の治療歴	<p>該当する項目を○で囲む</p> <p>1. インターフェロン治療歴（あり・なし） （「あり」の場合）これまでの治療内容（該当項目を○で囲む） ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用治療（中止・再燃・無効） イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤 （薬剤名： ）3剤併用療法（中止・再燃・無効） ウ. 上記以外の治療 （具体的に記載： ）</p> <p>2. インターフェロンフリー治療歴（あり・なし） （薬剤名： ）（中止・再燃・無効）</p>			
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日） (1) HCV-RNA定量 _____ LogIU/ml ・ KIU/ml ・ その他 () ※該当するものを○で囲む （測定法：リアルタイムPCR法、その他 () ） (2) ウイルス型（該当する項目を○で囲む。） ア. セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ1 イ. セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ2 ウ. 上記のいずれも該当しない（ジェノタイプ検査データがある場合は記載： ）</p> <p>2. 血液検査（検査日： 年 月 日） AST _____ IU/l （施設の基準値： ～ ） ALT _____ IU/l （施設の基準値： ～ ） 血小板数 _____ /μl （施設の基準値： ～ ）</p> <p>その他の血液検査所見（必要に応じて記載） []</p> <p>3. 画像診断および肝生検などの所見（血液検査の結果が基準値の範囲内の場合は必ず記載） （検査日： 年 月 日）</p>			
診 断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） 2. 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）※Child-Pugh分類 Aに限る Child-Pugh 分類 A・B・C（該当する方を○で囲む）</p>			
肝 がん の 併 合	<p>肝がん</p> <p>1. あり（治療中） 2. あり（治療終了） 3. なし</p> <p>※2. あり（治療終了）には、肝がん治癒後の者のみ○をつけてください</p>			

インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

フリガナ		性別	生年月日（年齢）			
患者氏名		男・女	年	月	日	生（満 歳）
住所	郵便番号					
	電話番号（ ）					

神奈川県肝炎治療医療給付実施要綱 別添1. 認定基準（抜粋）

2. C型慢性肝疾患
 (3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、インターフェロン治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。

- ✓ 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。
- ✓ 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ✓ ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2. 該当する意見にチェックの上返信して下さい。

- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切である。
 （推奨する治療： ）
- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切でない。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 _____

(注)

1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
2. 本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

肝炎治療受給者証（**非代償性肝硬変に対する**インターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書

フリガナ		性別	生年月日(年齢)																																				
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)																																				
住所																																							
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名																																				
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療あり。 ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療あり。(薬剤名:) (中止・再燃・無効)																																						
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。) ア) セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ2 ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: _____) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ U/L (施設の基準値: _____~_____) ALT _____ U/L (施設の基準値: _____~_____) 血小板 _____ /uL (施設の基準値: _____~_____) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) (_____) 3. Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) 該当する□にチェックを入れる <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td>/</td> <td>/</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td>/</td> <td>/</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: _____ 点 (A・B・C) (該当する方を○で囲む) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: _____)				結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症	/	/	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)	腹水	/	/	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超
	結果	施設基準値	1点	2点	3点																																		
肝性脳症	/	/	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)																																		
腹水	/	/	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																		
アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																																		
プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																																		
総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																																		
診断	該当番号を○で囲む。 1. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類B及びCに限る																																						
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中) 2. あり(治療終了) 3. なし																																						

治療内容	インターフェロンフリー治療（薬剤名： _____） 治療予定期間 _____ 週（ _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月）
本診断書を作成する医師	インターフェロンフリー治療歴のある場合 、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医又は都道府県が適当と定める医師で、別紙意見書を添付している医師
治療上の問題点	
<p>上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。</p> <p>医療機関名及び所在地 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (医療機関コード _____)</p> <p>(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医</p> <p>(専門医番号を記載) _____ 専門医(登録)番号 No. _____</p> <p>医師氏名 _____</p>	
認 定 基 準	
<p>HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。</p> <p>※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、インターフェロン治療歴の有無を問わない。</p> <p>※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。</p> <p>※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。</p>	
<p>(注)</p> <p>1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。</p> <p>2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。</p> <p>3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。</p>	

肝炎治療受給者証（インターフェロン）有効期間延長申請書

インターフェロンの投与期間を延長することについて、治療の効果・副作用等に関し医師から説明を受け同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロン）の有効期間延長を申請します。

神奈川県知事 殿

年 月 日

受給者氏名

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

※助成期間（受給者証に記載されている有効期間を記入してください）

年 月 日 ～ 年 月 日

医 師 記 載 欄

確認事項

※ 担当医師は、該当する場合、共通項目の□、かつ、（1）もしくは（2）の□にチェックを入れてください。（有効期間延長の認定には、共通項目のすべての□、かつ（1）もしくは（2）のすべての□にチェックが入っていることが必要です。）

上記受給者について、C型慢性肝炎セログループ1かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の実施に当たり、
（共通項目）

- 受給者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- 受給者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1かつ高ウイルス量である。
- 受給者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
[変更後の予定期間（開始： 年 月～終了： 年 月）]

（1）これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が、再燃した者で、『今回の治療でHCV-RNAが投与開始後36週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので48週プラス24週（トータル72週間）の投与期間延長が必要であると判断する。

- 受給者は、これまでの治療において、ペグインターフェロン製剤とリバビリン併用療法48週を行い、36週までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者である。
- 受給者は、ペグインターフェロン製剤及びリバビリン併用療法48週を開始し、本申請時当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後（ ）週目で継続中である（一時休薬期間は除く。）。
- 受給者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
・投与開始後36週までにHCV-RNAが陰性化。（一時休薬期間は除く。）

肝炎治療受給者証（インターフェロン）有効期間延長申請書

神奈川県知事 殿

年 月 日

受給者氏名

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン）の有効期間延長を申請します。

※助成期間（受給者証に記載されている有効期間を記入してください）

年 月 日 ～ 年 月 日

医 師 記 載 欄

上記受給者について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える（計2か月までの延長）可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン）の有効期間延長が必要であると判断する。

変更後の治療予定期間 年 月 日 ～ 年 月 日

記載年月日 年 月 日

担当医師

医療機関住所

医療機関名称

氏 名

Ⅲ ウイルス性肝炎患者等の検査費助成について

1 目的

肝炎患者様等に対する相談やフォローアップ等を実施することにより、陽性者を早期治療に繋げ、重症化予防を図ることを目的とします。

2 検査実施機関（肝臓専門医療機関）にて行っていただくこと

（1）検査費助成に係る周知について

- 特定感染症等事業及び健康増進事業における肝炎ウイルス検査により陽性と判定された患者様に、初回精密検査助成についてチラシによる周知をお願いいたします。
- 現在肝炎医療費助成を受けていない、慢性肝炎、肝硬変、肝がんの患者様（治療後の経過観察も含みます）に定期検査を実施されている場合は、定期検査助成についてチラシによる周知をお願いいたします。

（2）助成対象者の確認

- 初回精密検査及び定期検査のそれぞれの助成要件に合致しているか、声かけをお願いします。

（3）検査の実施

- 検査が保険適用外にならないようご注意ください。
- 検査が複数の日にわたる場合は、検査日の間隔が1か月以内で終了するようにしてください。

（4）検査費の請求

- 窓口では、通常の診療と同様に自己負担額を請求してください。
患者様に病院発行の領収書（レシート不可）及び病院発行の診療明細書をなくさないようお伝えください。

様式は、ホームページ「神奈川県での肝炎に対する取り組み」にあります。

神奈川県 肝炎

検索

3 助成内容

(1) 肝炎ウイルス検査陽性者の初回精密検査費用の助成

保健所等の特定感染症検査等事業に基づく肝炎ウイルス検査及び市町村の健康増進事業による肝炎ウイルス検診で陽性となった方が、県もしくは東京都が指定する肝臓専門医療機関において初回精密検査を受診した場合の自己負担額を助成します。

区分	内容																				
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内に住所を有する方 ・ 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者 ・ 1年以内に保健所等の特定感染症検査等事業に基づく肝炎ウイルス検査又は市町村が行う健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診において陽性と判定された方 ・ 陽性者フォローアップに同意した方。又は、<u>職域で実施する肝炎ウイルス検査、又は原則1年以内に母子健康法に基づき市町村が実施する妊婦健康診査における肝炎ウイルス検査若しくは手術前に行われた肝炎ウイルス検査において「陽性」又は「C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された方</u> 																				
助成対象費用	<p>検査が複数の日にわたる場合、検査日が1ヶ月以内であれば一連の検査とみなします。また、以下の項目で医師が必要と判断したものに限り、</p> <p>なお、文書証明書料は助成対象外です。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>検査内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初診料（再診料）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウイルス疾患指導料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液形態・機能検査</td> <td>末梢血液一般検査、末梢血液像</td> </tr> <tr> <td>出血・凝固検査</td> <td>プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間</td> </tr> <tr> <td>血液化学検査</td> <td>総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、γ-GT、総コレステロール、AST、ALT、LD</td> </tr> <tr> <td>腫瘍マーカー</td> <td>AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量</td> </tr> <tr> <td>肝炎ウイルス関連検査</td> <td>HB_e抗原、HB_e抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等</td> </tr> <tr> <td>微生物核酸同定・定量検査</td> <td>HBV核酸定量、HCV核酸定量</td> </tr> <tr> <td>超音波検査</td> <td>断層撮影法（胸腹部）</td> </tr> </tbody> </table>	項目	検査内容	初診料（再診料）		ウイルス疾患指導料		血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像	出血・凝固検査	プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間	血液化学検査	総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、γ-GT、総コレステロール、AST、ALT、LD	腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量	肝炎ウイルス関連検査	HB _e 抗原、HB _e 抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等	微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量	超音波検査	断層撮影法（胸腹部）
項目	検査内容																				
初診料（再診料）																					
ウイルス疾患指導料																					
血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像																				
出血・凝固検査	プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間																				
血液化学検査	総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、γ-GT、総コレステロール、AST、ALT、LD																				
腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量																				
肝炎ウイルス関連検査	HB _e 抗原、HB _e 抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等																				
微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量																				
超音波検査	断層撮影法（胸腹部）																				
対象回数	初回1回のみ																				

初回精密検査費用助成申請書類について

1 交付申請書

すべての欄に記入して
してください。

神奈川県ウイルス性肝炎患者等の検査費用助成申請書(精密検査)

振込が確実にできるように、通帳のコピーもいれてください。

2 病院でもらった 領収書 と 診療明細書 * コピーやレシートは不可

3 自治体（健康増進事業もしくは特定感染症等事業）の検査として受けた 肝炎ウイルス検査の結果通知の写し

又は職域の検査として受けた肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し及び

職域の肝炎ウイルス検査を受けたことについての証明書

又は母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページの写し

又は肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが

確認できる診療明細書

精密検査の結果は添付しないでください。

(2) 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変、肝がん患者の定期検査費用の助成

肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変、肝がん患者（治療後の経過観察を含む）の方が、県もしくは東京都が指定する肝臓専門医療機関において定期検査を受診した場合の自己負担額を助成します。

区分	内容																				
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内に住所を有する方 ・ 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者 ・ 住民税非課税世帯に属する方、もしくは市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円未満の世帯に属する方（課税世帯の方は、一部自己負担があります。） ・ 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者（治療後の経過観察を含む） ・ 陽性者フォローアップに同意した方 ・ 肝炎治療費特別促進事業の受給者証の交付を申請時に受けていない方 																				
助成対象費用	<p>検査が複数の日にわたる場合、検査日が 1 ヶ月以内であれば一連の検査とみなします。また、以下の項目で医師が必要と判断したものに限り、なお、文書証明書料は助成対象外です。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%; text-align: center;">項目</th> <th style="text-align: center;">検査内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初診料（再診料）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウイルス疾患指導料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液形態・機能検査</td> <td>末梢血液一般検査、末梢血液像</td> </tr> <tr> <td>出血・凝固検査</td> <td>プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間</td> </tr> <tr> <td>血液化学検査</td> <td>総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、γ-GT、総コレステロール、AST、ALT、LD</td> </tr> <tr> <td>腫瘍マーカー</td> <td>AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量</td> </tr> <tr> <td>肝炎ウイルス関連検査</td> <td>HBs抗原、HBs抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等</td> </tr> <tr> <td>微生物核酸同定・定量検査</td> <td>HBV核酸定量、HCV核酸定量</td> </tr> <tr> <td>超音波検査</td> <td>断層撮影法（胸腹部）</td> </tr> </tbody> </table> <p>※肝硬変・肝がん（治療後の経過観察を含む）の場合は、超音波検査に代えてCT撮影又はMRI撮影を対象とすることも可。いずれの場合も、造影剤を使用した場合の加算等の関連する費用も対象とします。</p>	項目	検査内容	初診料（再診料）		ウイルス疾患指導料		血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像	出血・凝固検査	プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間	血液化学検査	総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、γ-GT、総コレステロール、AST、ALT、LD	腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量	肝炎ウイルス関連検査	HBs抗原、HBs抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等	微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量	超音波検査	断層撮影法（胸腹部）
項目	検査内容																				
初診料（再診料）																					
ウイルス疾患指導料																					
血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像																				
出血・凝固検査	プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間																				
血液化学検査	総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、γ-GT、総コレステロール、AST、ALT、LD																				
腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量																				
肝炎ウイルス関連検査	HBs抗原、HBs抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等																				
微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量																				
超音波検査	断層撮影法（胸腹部）																				
対象回数	年 2 回																				

定期検査費用助成の申請書類

次の書類を同封の返信用封筒でお送りください。

1 交付申請書

すべての欄に記入して
してください。

裏面も忘れずに記載
してください！

振込が確実にできる
ように、通帳の
コピーも入れてく
ださい。

2 肝臓手帳の病名証明のページの写し

肝臓手帳の「記録を始める頃のわたしの情報」欄に主治医の先生に病名を記載してもら
います。

文書料がかかる場合

文書料は助成対象外ですので、検査費用よりも助成を受け
るための文書料のほうが高くなると損をしてしまいますの
で、事前に先生にご相談ください。

3 住民票 * コピーは不可

「世帯全員の住民票の原本と相違ないことを証明する」等の文面が入ってるものを準備してください。

4 世帯全員の申請する年度の課税証明書

- **3** の住民票に記載している **すべての方** の証明書が必要です
- 18歳未満は省略可、コピーは不可
- 課税証明書の年度はすべてそろえてください。
- なお、申請者本人と住民票上同じ世帯にあっても、課税額合算対象から除外できる場合があります。詳しくは、「所得階層区分認定の例外的扱いを希望される方へ」をご覧ください。

5 病院でもらった 領収書 と 診療明細書 * コピーやレシートは不可

1年度分（例：令和2年度分は令和2年4月1日から、令和3年3月31日まで）で2回分（血液検査+画像検査で1回と数えます）をお送りください。

定期検査費用助成の自己負担額一覧（1回につき）

階 層 区 分		自己負担額（1回につき）	
		慢性肝炎	肝硬変 肝がん
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯に属する者	2,000円	3,000円
乙	住民税非課税世帯に属する者	0円	0円

4 よくある質問

Q1

血液検査と画像検査をそれぞれ別の月に実施した場合でもセットで1回目として申請は可能か。

A1

可能である。おおむね1カ月以内に実施され、一連の検査と判断できる場合は、1回の検査としてカウントする。

1回目の欄にそれぞれのかかった金額を記入してもらえればよい。

Q2

申請するタイミングはいつでも問題ないか。

A2

問題ない。ただし、過去5年間の検査分までしか請求できない。

1年度の間に受けた検査のうち金額が高かった2回分をピックアップして申請してもらえればよいので年度途中でも年度末でも構わない。

改定履歴

- 平成 29 年 3 月改定
 - 平成 30 年 2 月改定
 - 令和元年 6 月改定
 - 令和元年 8 月改定
 - 令和元年 11 月改定
 - 令和 2 年 4 月改定
 - 令和 4 年 9 月改定
 - 令和 5 年 4 月改定
 - 令和 6 年 4 月改定
 - 令和 7 年 4 月改定
-



大切にしたい私たちの県鳥・県木・県花

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課

住 所 横浜市中区日本大通 1

電 話 045 (210) 4795

ホームページ「神奈川県の肝炎に対する取組」

神奈川県 肝炎

検索